

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (Si corresponde primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Por mí mismo / en representación del paciente ya individualizado, dejo constancia de mi decisión de:

Revocar la autorización que firmé con anterioridad, en documento de consentimiento informado

Rechazar el procedimiento descrito en el documento de consentimiento informado

En tales condiciones **REVOCO O RECHAZO** que se me efectúe el procedimiento programado.

Firma Paciente

Firma Representante Legal